Canada Communicable Disease Report ✦ Relevé des maladies transmissibles au Canada

CCDR·RMTC

1 November 2002 • Volume 28 • Number 21 | le 1er novembre 2002 • Volume 28 • Numéro 21

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- Case definitions for diseases under national surveillance: Addition of diseases associated with potential bioterrorist agents . . . 173
- Certification of poliomyelitis eradication, European region, June 2002 . . . 178
- Announcement . . . 179

Contenu du présent numéro :

- Définition de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale : ajout des maladies associées à des agents bioterroristes potentiels . . . 173
- Certification de l'éradication de la poliomyélite : Région européenne, juin 2002 . . . 178
- Annonce . . . 179

CASE DEFINITIONS FOR DISEASES UNDER NATIONAL SURVEILLANCE: ADDITION OF DISEASES ASSOCIATED WITH POTENTIAL BIOTERRORIST AGENTS

Following the terrorist attacks in the United States on 11 September, 2001, it was decided to update the list of communicable diseases under national surveillance to include diseases caused by the organisms identified as potential bioterrorism agents. These high priority agents are listed under Category A and are the most likely to be used in bioterrorist incidents because they

- can be easily disseminated or transmitted from person to person,
- cause high numbers of deaths and have the potential for a major public health impact,
- may cause public panic and social disruption, and
- require special action for public health preparedness[1].

The seven biological agents and their associated communicable diseases that have been added to the list include the following:

- *Bacillus anthracus* (anthrax),
- variola major (smallpox),
- *Francisella tularensis* (tularemia),
- the filoviruses associated with Ebola and Marburg hemorrhagic fever,
- the arenavirus associated with Lassa fever,
- and the nairovirus responsible for Crimean Congo hemorrhagic fever.

The two remaining Category A biological agents, *Clostridium botulinum* toxin (botulism) and *Yersinia pestis* (plague), are already included in the current list, published in May 2000[2], of communicable diseases under national surveillance. The addition of the above will ensure that the communicable diseases caused by the most critical biological agents will be monitored at the national level.

DÉFINITION DE CAS DES MALADIES FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE NATIONALE : AJOUT DES MALADIES ASSOCIÉES À DES AGENTS BIOTERRORISTES POTENTIELS

À la suite des attentats terroristes perpétrés aux États-Unis le 11 septembre 2001, nous avons décidé de mettre à jour la liste des maladies transmissibles qui font l'objet d'une surveillance nationale afin d'inclure les maladies provoquées par des micro-organismes considérés comme des agents pouvant servir à des actes de bioterrorisme. Ces agents prioritaires se retrouvent dans la Catégorie A et sont les plus susceptibles d'être utilisés lors d'incidents bioterroristes pour les raisons suivantes :

- ils peuvent facilement être disséminés ou transmis d'une personne à une autre,
- ils provoquent un grand nombre de décès et peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé publique,
- ils peuvent entraîner la panique et perturber la population, et
- ils peuvent nécessiter la prise de mesures spéciales pour assurer la protection de la santé publique[1].

Voici les sept agents biologiques et maladies transmissibles correspondantes qui ont été ajoutés à la liste :

- *Bacillus anthracis* (anthrax),
- virus de la variole majeure (variole),
- *Francisella tularensis* (tularémie),
- filovirus associés aux fièvres hémorragiques (Ebola, Marburg),
- arénavirus associé à la fièvre Lassa,
- nairovirus responsable de la fièvre hémorragique Crimée-Congo.

Les deux agents biologiques de Catégorie A qui restent, la toxine de *Clostridium botulinum* (botulisme) et *Yersinia pestis* (peste), sont déjà compris dans la liste actuelle des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale qui a été publiée en mai 2000[2]. L'ajout des agents mentionnés ci-dessus permettra d'exercer une surveillance nationale des maladies transmissibles causées par les agents biologiques les plus dangereux.

The process for reviewing and adding the agents to the list of communicable diseases under national surveillance began with a request sent to the Communicable Disease Sub-Group (CDSS) of the Health Surveillance Working Group. The CDSS reviewed the request and forwarded it for more information to the disease-specific experts at the Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC). At CIDPC, program experts sought advice and input from provincial and territorial advisory committees, including the Infectious Disease Contact Group and the Public Health Laboratory Forum. These groups constructed and revised the case definitions. Once they had been completed, CIDPC returned the new or revised case definitions to the CDSS, which is responsible for coordinating national case definitions with existing standards.

The addition of the case definitions associated with possible bio-terrorism agents to the May 2000 list of reportable diseases expands the scope of national surveillance from 42 to 49 communicable diseases.

Binder inserts for these newly added case definitions are available through the Canadian Medical Association, 1967 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6, tel. 1-888-855-2555 (toll free in Canada and the U.S.) and on line at <www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp>.

National Surveillance Case Definition for Anthrax

Case Classification

Confirmed Case

clinical illness[1] with laboratory confirmation of infection:

- isolation of *Bacillus anthracis* from an appropriate clinical specimen

  OR

- demonstration of *B. anthracis* in a clinical specimen by immunofluorescence

Probable Case

suspected case that has

- a positive reaction to allergic skin test (in non-vaccinated individuals)

  OR

- positive polymerase chain reaction (PCR) for *B. anthracis*[2]

1. Clinical illness is characterized by acute onset of symptoms of several distinct clinical forms, including the following:
   cutaneous: a skin lesion evolving during a period of 2-6 days from a papule, through a vesicular stage to a depressed black eschar;
   inhalation: a brief prodrome resembling a viral respiratory illness, followed by development of hypoxia and dyspnea, with radiographic evidence of mediastinal widening;
   intestinal: severe abdominal distress characterized by nausea, vomiting, and anorexia and followed by fever and signs of septicemia;
   oropharyngeal: mucosal lesion in the oral cavity or oropharynx, cervical adenopathy and edema, and fever.
2. PCR will be used to confirm cases as it becomes validated.

C'est à la suite d'une demande adressée au Sous-groupe de la surveillance des maladies transmissibles (SSMT) du Groupe de travail sur la surveillance de la santé que l'on a entrepris de réviser la liste des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale et d'y ajouter des agents. Le SSMT a examiné la demande et l'a fait parvenir aux spécialistes des diverses maladies du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) pour plus d'information. Au CPCMI, les spécialistes des programmes ont demandé des conseils et des avis aux comités consultatifs provinciaux et territoriaux, notamment le groupe de contact sur les maladies infectieuses et le Forum canadien des laboratoires de santé publique. Ces groupes ont élaboré et révisé les définitions de cas. Une fois ce travail terminé, le CPCMI a retourné les nouvelles définitions de cas de même que celles qui avaient été révisées au SSMT, qui est chargé de coordonner les définitions de cas à l'échelle nationale selon les normes en vigueur.

L'ajout, à la liste des maladies à déclaration obligatoire de mai 2000, des définitions de cas associées aux agents pouvant être utilisés à des fins de bioterrorisme, accroît l'étendue de la surveillance nationale et fait passer de 42 à 49 le nombre de maladies transmissibles figurant sur cette liste.

Des encarts pour les définitions de cas qui viennent tout juste d'être ajoutées peuvent être obtenus de l'Association médicale canadienne au 1967, promenade Alta Vista, Ottawa, (Ontario) Canada K1G 3Y6, tél. : 1 (888) 855-2555 (sans frais au Canada et aux États-Unis) et en ligne à <www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp>.

Surveillance nationale Définition de cas de la maladie du charbon

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique approprié

  OU

- mise en évidence par immunofluorescence de *B. anthracis* dans un échantillon clinique

Cas probable

cas suspect présentant

- une réaction positive au test cutané allergologique (chez les sujets non vaccinés)

  OU

- un résultat positif à la réaction en chaîne par la polymérase (PCR) pour *B. anthracis*[2]

1. La maladie clinique est caractérisée par l'apparition brutale de symptômes de plusieurs formes cliniques distinctes, notamment les suivantes :
   cutanée : lésion cutanée qui évolue sur une période de 2 à 6 jours, passant d'une papule, à une vésicule puis se transformant en une escarre noire enfoncée;
   pulmonaire : bref prodrome évoquant une maladie respiratoire virale, suivi de l'apparition d'hypoxie et de dyspnée, accompagnée d'un élargissement du médiastin visible à la radiographie;
   intestinale : douleurs abdominales sévères caractérisées par des nausées, des vomissements et une anorexie et suivies de fièvre et de signes de septicémie;
   oropharyngée : lésion de la muqueuse de la cavité buccale ou de l'oropharynx, adénopathie et œdème cervicaux et fièvre.
2. La PCR sera utilisée pour confirmer les cas lorsqu'elle sera validée.

Suspected Case

clinical illness in a person who is epidemiologically linked to a confirmed or suspected animal case or contaminated animal product

National Surveillance

confirmed case
probable case
suspected case

Type of Surveillance

case-by-case

National Surveillance Case Definition for Smallpox

Case Classification

Confirmed Case

laboratory confirmation of infection:

- isolation of variola virus from an appropriate clinical specimen (tier 3 laboratory only)

  OR

- positive PCR for variola virus

  OR

- negative stain electron microscopy identification of variola virus in an appropriate clinical specimen

Probable Case

clinical illness[3] in a person who is epidemiologically linked to a laboratory-confirmed case or to a probable case

Suspected Case

- clinical illness[3] in a person who is not epidemiologically linked to a laboratory-confirmed case or to a probable case of smallpox

  OR

- atypical lesion[4] known to be associated with the variola virus on a person who is epidemiologically linked to a laboratory-confirmed or probable case

3. Clinical illness is characterized by acute onset of fever of > 38.33° C followed by a rash involving vesicles or firm pustules in the same stage of development without other apparent cause. Major distinguishing features include a febrile prodrome with a temperature of > 38.88° C and systemic symptoms (prostration, severe headache, backache, abdominal pain, or vomiting) 1-4 days before rash onset; lesions are deep, firm, well-circumscribed pustules (may be confluent or umbilicated). Other distinguishing features include rash concentrated on face and extremities, rash in same stage of evolution on any one part of the body, first lesions on oral mucosa/palate followed by centrifugal rash on face or forearm, and lesions on palms and soles (seen in > 50% of cases); lesions may itch at scabbing stage; lesions evolve from papule to pustule in days, illness lasts 14-21 days.

4. Atypical presentations of smallpox include a) hemorrhagic lesions OR b) flat velvety lesions not appearing as typical vesicles or not progressing to pustules.

Cas suspect

maladie clinique chez une personne qui présente un lien épidemiologique avec un cas animal confirmé ou suspect ou avec un produit d'origine animale contaminé

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas

Surveillance nationale Définition de cas de la variole

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la variole à partir d'un échantillon clinique approprié (laboratoire de niveau de confinement 3 seulement)

  OU

- résultat positif à la PCR pour le virus de la variole

  OU

- identification du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié par microscopie électronique à coloration négative

Cas probable

maladie clinique[3] chez une personne qui présente un lien épidemiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable.

Cas suspect

- maladie clinique[3] chez une personne qui ne présente pas de lien épidemiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable de variole

  OU

- lésion atypique[4] que l'on sait associée au virus de la variole chez une personne qui présente un lien épidemiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable

3. La maladie clinique est caractérisée par l'apparition brutale d'une fièvre > 38,33° C, suivie d'une éruption sous forme de vésicules ou de pustules dures au cours d'une même poussée, en l'absence d'autre cause apparente. Les principales caractéristiques distinctives sont un prodrome fébrile accompagné d'une température > 38,88° C et des symptômes généraux (prostration, maux de tête sévères, maux de dos, douleurs abdominales ou vomissements) de 1 à 4 jours avant l'apparition de l'éruption; les lésions prennent la forme de pustules profondes, fermes et bien circonscrites (qui peuvent être confluantes ou ombiliquées). Les autres caractéristiques distinctives sont une éruption prédominant sur le visage et les extrémités, une éruption au même stade d'évolution quelle que soit la partie du corps, les premières lésions apparaissant sur la muqueuse buccale et le palais, suivies d'une poussée centrifuge sur le visage ou sur l'avant-bras, et de lésions qui peuvent toucher la paume et la plante des pieds (dans > 50 % des cas); les lésions peuvent provoquer des démangeaisons au stade des croûtes; les lésions passent du stade de papule à celui de pustule en quelques jours; la maladie dure de 14 à 21 jours.

4. Les manifestations cliniques atypiques de la variole sont a) des lésions hémorragiques OU b) des lésions velvétiques plates qui n'ont pas l'aspect de vésicules caractéristiques ou qui ne se transforment pas en pustules.

National Surveillance

confirmed case
probable case
suspected case

Type of Surveillance

case-by-case

National Surveillance
Case Definition for Tularemia

Case Classification

Confirmed Case

clinical illness[5] with laboratory confirmation of infection:

- isolation of *Francisella tularensis* in an appropriate clinical specimen

  OR

- fourfold or greater change in serum antibody titre to *F. tularensis* antigen

Probable Case

- clinical illness[5] with elevated serum antibody titre(s) to *F. tularensis* antigen (without documented fourfold or greater change) in a patient with no history of tularemia vaccination

  OR

- detection of *F. tularensis* in a clinical specimen by fluorescent assay

  OR

- positive PCR for *F. tularensis*

National Surveillance

confirmed case
probable case

Type of Surveillance

case-by-case

5. Clinical illness is characterized by several distinct forms, including the following: ulceroglandular – cutaneous ulcer with regional lymphadenopathy; glandular – regional lymphadenopathy with no ulcer; oculoglandular – conjunctivitis with preauricular lymphadenopathy; oropharyngeal – stomatitis or pharyngitis, or tonsillitis and cervical lymphadenopathy; intestinal – intestinal pain, vomiting, and diarrhea; pneumonic – primary pleuropulmonary disease; typhoidal – febrile illness without early localizing signs and symptoms.

   Clinical diagnosis is supported by evidence or history of a tick or deerfly bite, exposure to the tissues of a mammalian host of *Francisella tularensis*, or exposure to potentially contaminated water.

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas

Surveillance nationale
Définition de cas de la tularémie

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[5] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Francisella tularensis* dans un échantillon clinique approprié

  OU

- augmentation d'au moins quatre ordres de grandeur du titre des anticorps sériques dirigés contre l'antigène de *F. tularensis*

Cas probable

- maladie clinique[5] avec élévation du (des) titre(s) des anticorps sériques dirigés contre l'antigène de *F. tularensis* (en l'absence d'augmentation documentée d'au moins quatre ordres de grandeur) chez un patient n'ayant jamais été vacciné contre la tularémie

  OU

- mise en évidence de *F. tularensis* dans un échantillon clinique par titrage fluorescent

  OU

- résultat positif à la PCR pour *F. tularensis*

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable

Type de surveillance

cas par cas

5. La maladie clinique est caractérisée par plusieurs formes distinctes, notamment les suivantes : ulcéroglandulaire – ulcération cutanée avec lymphadénopathie régionale; glandulaire – lymphadénopathie régionale sans ulcération; oculoglandulaire – conjonctivite avec lymphadénopathie pré-auriculaire; oropharyngée – stomatite ou pharyngite, ou amygdalite et lymphadénopathie cervicale; intestinale – douleurs intestinales, vomissements et diarrhée; pulmonaire –maladie pleuro-pulmonaire primaire; typhoïdique – maladie fébrile sans signes et symptômes précoces de localisation.

   Le diagnostic clinique est corroboré par des preuves ou des antécédents de morsure par une tique ou par une mouche à chevreuil, d'exposition aux tissus d'un mammifère hôte de *Francisella tularensis* ou d'exposition à de l'eau potentiellement contaminée.

National Surveillance
Case Definition for Viral Hemorrhagic Fevers (Crimean Congo, Ebola, Lassa, Marburg)

Case Classification

Confirmed Case

clinical illness[6] with laboratory confirmation of infection or a probable case with laboratory confirmation of infection:

- isolation of virus from serum or urine specimens, or throat secretions

  OR

- demonstration of virus antigen in autopsy tissue (liver or spleen) by immunohistochemical techniques or in serum samples by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)

  OR

- demonstration of a fourfold rise in IgG serum antibody

  OR

- demonstration of specific IgM antibody by ELISA, immunofluorescent assay, or Western Blot

Probable Case

a case with symptoms compatible with clinical illness[6] and a history within the 3 weeks before onset of fever of the following:

- travel in a specific area of a country where an outbreak of viral hemorrhagic fever (VHF) has recently occurred

  OR

- direct contact with blood or other body fluid secretions or excretions of a person or animal with a confirmed or probable case of VHF

  OR

- work in a laboratory or animal facility that handles hemorrhagic fever viruses

6. Clinical description of the viral hemorrhagic fevers

Crimean Congo VHF illness: Sudden onset of fever, myalgia, dizziness, neck pain and stiffness, backache, headache, sore eyes, and photophobia. There may be nausea, vomiting, and sore throat early on, which may be accompanied by diarrhea and generalized abdominal pain. Over the next few days, the patient may experience sharp mood swings and may become confused and aggressive. After 2 to 4 days, the agitation may be replaced by sleepiness, depression, and lassitude, and the abdominal pain may localize to the right upper quadrant, with detectable hepatomegaly. Other clinical signs that emerge include tachycardia, lymphadenopathy, and a petechial rash on internal mucosal surfaces, such as in the mouth and throat, as well as on the skin. The petechiae may give way to ecchymoses and other hemorrhagic phenomena such as melena, hematuria, epistaxis, and bleeding from the gums. There is usually evidence of hepatitis. The severely ill may develop hepatorenal and pulmonary failure after the fifth day of onset of symptoms.

Lassa VHF illness: Gradual onset with malaise, fever, headache, sore throat, cough, nausea, vomiting, diarrhea, myalgia, and chest and abdominal pain. Fever is persistent or spikes intermittently. Inflammation and exudation of the pharynx and conjunctivae are commonly observed followed by hypotension, shock, pleural effusion, hemorrhage, seizures, encephalopathy, and edema of the face and neck.

Ebola and Marburg VHF illness: Sudden onset of fever, malaise, and headache followed by pharyngitis, vomiting, diarrhea, and shock. The accompanying hemorrhagic diathesis is often accompanied by hepatic damage, renal failure, involvement of the central nervous system, and terminal shock with multi-organ dysfunction.

Surveillance nationale
Définition de cas des fièvres hémorragiques virales (Crimée-Congo, Ebola, Lassa, Marburg)

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[6] avec confirmation en laboratoire de l'infection ou cas probable avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus à partir d'échantillons de sérum ou d'urine ou de sécrétions de gorge

  OU

- mise en évidence de l'antigène viral dans des tissus prélevés à l'autopsie (foie ou rate) par une technique immunohistochimique ou dans des échantillons de sérum par dosage immunoenzymatique (ELISA)

  OU

- mise en évidence d'une augmentation de quatre ordres de grandeur de l'anticorps sérique IgG

  OU

- mise en évidence de l'anticorps IgM spécifique par ELISA, par immunofluorescence ou par Western Blot

Cas probable

cas présentant des symptômes évoquant la maladie clinique[6] et qui, au cours des trois semaines précédant l'apparition de la fièvre :

- a voyagé dans une région précise d'un pays où une éclosion de fièvre hémorragique virale (FHV) s'est produite récemment

  OU

- est entré en contact direct avec du sang ou avec d'autres sécrétions ou excrétions de liquides organiques d'une personne ou d'un animal qui constitue un cas confirmé ou un cas probable de FHV

  OU

- travaille dans un laboratoire ou dans un établissement où il y a des animaux et qui manipule des virus de la fièvre hémorragique

6. Description clinique des fièvres hémorragiques virales

FHV Crimée-Congo : Apparition soudaine de fièvre, de myalgie, d'étourdissements, de douleur et de rigidité cervicales, de lombalgie, de maux de tête, de douleurs oculaires et de photophobie. Il peut aussi y avoir initialement des nausées, des vomissements et des maux de gorge, qui peuvent s'accompagner de diarrhée et de douleurs abdominales généralisées. Au cours des jours suivants, le patient peut présenter des changements d'humeur marqués et peut devenir confus et agressif. Après 2 à 4 jours, l'agitation peut être remplacée par de la somnolence, de la dépression et de la lassitude, et la douleur abdominale peut se situer dans le quadrant supérieur droit, avec hépatomégalie perceptible. Parmi les autres signes cliniques, citons la tachycardie, l'adénopathie et une éruption pétéchiale sur les surfaces muqueuses internes, comme la bouche et la gorge, de même que sur la peau. Les pétéchies peuvent produire des ecchymoses et d'autres phénomènes hémorragiques comme la mélaena, l'hématurie, l'épistaxis et la gingivorragie. Il y a habituellement des signes d'hépatite. Si le patient est gravement atteint, il peut développer une insuffisance hépatorénale et pulmonaire après le cinquième jour de l'apparition des symptômes.

FHV Lassa : Apparition graduelle de malaises, de fièvre, de maux de tête, de maux de gorge, de toux, de nausées, de vomissements, de diarrhée, de myalgie et de douleurs thoraciques et abdominales. La fièvre est constante ou grimpe de manière intermittente. L'inflammation et l'exsudation du pharynx et de la conjonctive sont courantes, et sont suivies d'hypotension, d'un état de choc, d'épanchement pleural, d'hémorragie, de convulsions, d'encéphalopathie et d'œdème de la face et du cou.

FHV Ebola et Marburg : Apparition soudaine de fièvre, de malaises et de maux de tête suivis de pharyngite, de vomissements, de diarrhée et de choc. La diathèse hémorragique présente s'accompagne souvent de lésions hépatiques, d'insuffisance rénale, d'une atteinte du système nerveux central et d'un syndrome de choc terminal avec défaillance polyviscérale.

OR

- detection of viral genomic sequences in serum or autopsy tissue by PCR

Suspected Case

A case compatible with the clinical description

National Surveillance

confirmed case
probable case
suspected case

Type of Surveillance

case-by-case

References

1. CDC. *Biological and chemical terrorism: strategic plan for preparedness and response. Recommendations of the CDC Strategic Planning Workgroup.* MMWR 2000;49(RR-4).
2. Health Canada. *Case definitions for diseases under national surveillance.* CCDR 2000;26S3:1-121.

Source: *Prepared by the Centre for Infectious Disease Prevention and Control and the Centre for Surveillance Coordination, Population and Public Health Branch, Health Canada, in collaboration with the provincial and territorial ministries of health, and approved by the Communicable Disease Surveillance Standards Working Group and the Canadian Public Health Laboratory Network.*

OU

- a fait l'objet d'une détection par PCR de séquences genomiques virales dans le sérum ou dans des tissus prélevés à l'autopsie

Cas suspect

Cas compatible avec la description clinique

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas

Références

1. CDC. *Biological and chemical terrorism: strategic plan for preparedness and response. Recommendations of the CDC Strategic Planning Workgroup.* MMWR 2000;49(RR-4).
2. Santé Canada. *Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale.* RMTC 2000;26S3:1-121.

Source : *Préparé par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et le Centre de coordination de la surveillance, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada en collaboration avec les ministères de Santé des provinces et territoires et approuvé par le Groupe de travail des normes de surveillance des maladies transmissibles et le Réseau canadien de laboratoires de santé publique.*

INTERNATIONAL NOTES

CERTIFICATION OF POLIOMYELITIS ERADICATION, EUROPEAN REGION, JUNE 2002

On 21 June 2002, the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication in the European Region (RCC/EUR) certified the WHO European Region (EUR) as free of indigenous wild poliovirus transmission. The last known case of paralytic poliomyelitis caused by indigenous wild poliovirus in EUR occurred in south-east Turkey in November 1998. EUR is the third of the 6 WHO regions to be certified as polio free, following certification of the Region of the Americas in 1994 and of the Western Pacific Region in 2000. An estimated 3.4 billion people globally (56% of the world's population) now live in countries and territories certified free of endemic wild poliovirus transmission.

The RCC/EUR completed a 4-year review of surveillance and programme data from all countries in the region, as compiled and submitted by national certification committees, to ensure that the absence of reported wild poliovirus isolation reflected interruption of indigenous wild poliovirus transmission. The prerequisite for regional certification is the absence of indigenous wild poliovirus isolation for at least 3 years, under conditions of high-quality acute flaccid paralysis (AFP) surveillance. Other criteria used by EUR/RCC to certify the region as polio free include (i) high immunization coverage rates in all countries and within all areas of a country; (ii) sensitive surveillance for AFP meeting standard performance indicators and/or other means of sensitive

NOTE INTERNATIONALE

CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE RÉGION EUROPÉENNE, JUIN 2002

Le 21 juin 2002, la Commission régionale européenne de Certification de l'eradication de la poliomyélite a certifié la Région européenne de l'OMS exempte de la transmission du poliovirus sauvage autochtone. Le dernier cas connu de poliomyélite paralytique causé par un poliovirus sauvage autochtone dans la Région est survenu dans le sud-est de la Turquie en novembre 1998. L'Europe est la troisième des six régions de l'OMS à être certifiée exempte de la poliomyélite, après les Amériques en 1994 et le Pacifique occidental en 2000. On estime à 3,4 milliards le nombre de personnes dans le monde vivant désormais dans des pays et territoires certifiés exempts de la transmission endémique du poliovirus sauvage (ce qui correspond à 56 % de la population mondiale).

La Commission de certification de la Région européenne a mené en 4 ans un examen des données de surveillance et des programmes de tous les pays de la Région, compilées et soumises par les comités nationaux de certification pour s'assurer que l'absence de notification de tout isolement du poliovirus sauvage reflétait l'interruption de la transmission autochtone du poliovirus sauvage. La condition préalable de la certification régionale est l'absence de tout isolement de poliovirus sauvage autochtone pendant 3 ans au moins, dans des conditions de surveillance de la paralysie flasque aigue (PFA) de haute qualité. Les autres criteres utilisés par la Commission de certification pour certifier l'exemption de la poliomyélite dans la Région sont notamment : i) des taux élevés de couverture vaccinale dans tous les pays et dans toutes les zones d'un même pays; ii) une surveillance sensible

virological surveillance; (iii) a plan of action to respond to importations of wild poliovirus; and (iv) political commitment by national governments to maintain high levels of immunization coverage and surveillance until global certification of polio eradication. Additionally, the RCC/EUR required to see evidence for substantial progress in the process of laboratory containment of wild poliovirus in each country.

The Global Polio Eradication Initiative was launched by the World Health Assembly in 1988, and is being coordinated by WHO in primary partnership with the Centers for Disease Control and Prevention (United States), Rotary International and UNICEF. National governments, private foundations, nongovernmental organizations, corporations and volunteers are collaborating to achieve eradication. During 2001, endemic transmission of wild poliovirus was reported from only 10 countries in 3 WHO Regions (African, Eastern Mediterranean and South-East Asian Regions).

All polio-free countries and areas remain at risk of wild poliovirus importation until polio is eradicated globally. In EUR, this is underscored by the detection of wild poliovirus importations into Bulgaria and Georgia during 2001. During 2000 and 2001, outbreaks of polio caused by circulating vaccine-derived poliovirus were documented among populations with low immunization coverage on Hispaniola island (Dominican Republic and Haiti) and in the Philippines. Polio-free countries should maintain high levels of routine polio immunization coverage and sensitive surveillance for the prompt detection of any circulating polioviruses. To minimize the risk for poliovirus spread, supplementary oral poliovirus vaccine (OPV) immunization campaigns will continue in high-risk areas of some EUR countries, many synchronized with countries of the Eastern Mediterranean Region (EMR). The high degree of coordination between EUR and EMR was best exemplified during 'Operation MECACAR' (Eastern Mediterranean, Caucasus and Central Asian Republics), which was used to successfully coordinate polio eradication activities between up to 18 countries of both regions from 1995 to 2002.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 77, No 27, 2002.*

de la PFA respectant les indicateurs types des résultats et/ou d'autres moyens de surveillance virologique sensible; iii) un plan d'action pour répondre au problème de l'importation du poliovirus sauvage; et iv) l'engagement politique des autorités nationales en faveur du maintien d'un haut niveau de couverture vaccinale et de surveillance jusqu'à la certification mondiale de l'éradication. En outre, il fallait soumettre à la Commission de certification des preuves de progrès substantiels accomplis dans le processus de confinement au laboratoire du poliovirus sauvage dans chaque pays.

L'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, lancée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988, est coordonnée par l'OMS dans le cadre d'un partenariat étroit avec les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, Rotary International et l'UNICEF. Des gouvernements nationaux, des fondations privées, des organisations non gouvernementales, des sociétés et des volontaires collaborent afin de parvenir à l'éradication. En 2001, des cas de transmission endémique du poliovirus sauvage n'ont plus été signalés que par 10 pays de trois Régions de l'OMS (Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale).

Tous les pays et territoires exempts de poliomyélite restent exposés au risque d'importation du poliovirus sauvage tant que la maladie n'a pas été éradiquée dans le monde entier. Dans la Région européenne, cette réalité est soulignée par le dépistage, en 2001, de cas importés en Bulgarie et en Géorgie. En 2000 et 2001, des flambées de poliomyélite causées par la circulation de poliovirus dérivés du vaccin ont été établies dans des populations à faible couverture vaccinale de l'île d'Hispaniola (Haïti et République dominicaine) et des Philippines. Les pays exempts de poliomyélite doivent maintenir des taux élevés de couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique et de surveillance sensible permettant de déceler rapidement toute circulation du poliovirus. Pour réduire dans toute la mesure du possible le risque de propagation du poliovirus, des campagnes de vaccination supplémentaires par le vaccin antipoliomyélitique oral seront poursuivies dans des zones à haut risque de certains pays de la Région européenne et beaucoup seront synchronisés avec les campagnes de pays de la Région de la Méditerranée orientale. Le degré élevé de coordination entre la Région européenne et celle de la Méditerranée orientale est illustré en particulier par «l'opération MECACAR» (Méditerranée orientale, Caucase et Républiques d'Asie centrale), qui a été utilisée pour coordonner avec succès les activités d'éradication de la poliomyélite entre 18 pays des deux Régions, de 1995 à 2002.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 77, N° 27, 2002.*

ANNOUNCEMENT

NATIONAL EDUCATION CONFERENCE

COMMUNITY AND HOSPITAL INFECTION CONTROL ASSOCIATION – CANADA (CHICA-CANADA; WWW.CHICA.ORG)

Date of Event: June 22-25, 2003

Pre-Conference day: Sunday, June 22, 2003

Title of Event: 2003 National Education Conference

Address of Contact: Ms. Gerry Hansen, BA
Conference Planner
PO Box 46125 RPO Westdale
Winnipeg MB
Canada R3R 3S3

ANNONCE

CONFÉRENCE NATIONALE SUR L'ÉDUCATION

ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS À L'HÔPITAL ET DANS LA COMMUNAUTÉ – CANADA (CHICA-CANADA : WWW.CHICA.ORG)

Date : 22 au 25 juin 2003

Journée pré-conférence : le dimanche 22 juin 2003

Titre : Conférence nationale sur l'éducation 2003

Coordonnées de la personne-ressource : M. Gerry Hansen, B.A.
Organisateur de la conférence
B.P. 46125 APR Westdale
Winnipeg (Manitoba)
Canada, R3R 3S3

Tel. (204) 897-5990/866-999-7111
Fax (204) 895-9595
E-mail: chicacda@mb.sympatico.ca

Fields of Interest of Event: Hospital, community and long term care infection control; microbiology; infectious disease

Location of Event: Thunder Bay, Ontario, Canada

Venue/Site: The Valhalla Inn, Thunder Bay

Tél. : (204) 897-5990 / (866) 999-7111
Télécopieur : (204) 895-9595
Courriel : chicacda@mb.sympatico.ca

Champs d'intérêt : Prévention des infections en milieu hospitalier et communautaire et dans les établissements de soins prolongés; microbiologie, maladies infectieuses

Lieu : Thunder Bay (Ontario), Canada

Site : The Valhalla Inn, Thunder Bay

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Eleanor Paulson, Editor-in-Chief, (613) 957-1788
Marion Pogson, Editor, (613) 954-5333
Nicole Beaudoin, Assistant Editor, (613) 957-0841
Francine Boucher, Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the:
Editor
Population and Public Health Branch
Scientific Publication and Multimedia Services
130 Colonnade Rd, A.L. 6501G
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 **or** (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: $96 (plus applicable taxes) in Canada; $126 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2002

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) à la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Eleanor Paulson, Rédactrice en chef, (613) 957-1758
Marion Pogson, Rédactrice, (613) 954-5333
Nicole Beaudoin, Rédactrice adjointe, (613) 957-0841
Francine Boucher, Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :
Rédactrice
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Services de publications scientifiques et multimédias, 130, rue Colonnade, I.A. 6501G
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tél. : (613) 731-8610 Poste 2307 **ou** (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 96 $ (et frais connexes) au Canada; 126 $ US à l'étranger.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministre de la Santé 2002